

# TRES VENTANAS PARA EL ESTUDIO DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD: UNA PROPUESTA DE APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA ILUSTRADA CON EL CASO MEXICANO\*

Carolina Martínez Salgado\*

Descriptor: perfil epidemiológico; México

## Resumen

En el año 2000 se da en México una especial coincidencia, en lo que se refiere a fuentes de información sobre la problemática de salud. Pocas veces se dispone, simultáneamente, de datos arrojados por una fuente continua como los registros de mortalidad, otra de periodicidad decenal como el censo nacional de población y vivienda, y otra más, enteramente ocasional y de disponibilidad impredecible como es una encuesta nacional de salud. El interés por observar y comparar el panorama que ofrece cada uno de estos tres ángulos resulta difícil de resistir. En este trabajo planteo un conjunto de reflexiones derivadas de un *modelo teórico* que explora, desde una perspectiva fenomenológica, los vínculos entre los *factores de riesgo* emanados del mundo en el que viven las personas cuyas características sociodemográficas reviso; los *daños a la salud* ya consumados: las enfermedades y las muertes, de cuya dinámica relación me ocupo; y la *utilización de los servicios de atención médica* disponibles en una red cada vez más mermada, que vio sus mejores épocas varias décadas atrás. Con base en esta exploración resalto las profundas heterogeneidades presentes a lo largo y ancho del territorio nacional y, a partir del "saldo" que este corte puede ofrecer, argumento sobre la importancia de estudiar en detalle, desde miradas libres de "modelos" preconcebidos que obturen las posibilidades interpretativas, la singularidad de las trayectorias de los perfiles de daños a la salud de cada uno de los países de América Latina, así como el impacto de las vicisitudes por las que atraviesan sus sistemas de salud. Sostengo que sólo así estaremos en condiciones de disponer de los elementos necesarios para comprender lo ocurrido en cada caso y para establecer, desde ahí, comparaciones más refinadas.

---

\* Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro de 2004.

\* Departamento de Atención a la Salud, UAM-X, México, D.F.

# TRES VENTANAS PARA EL ESTUDIO DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD: UNA PROPUESTA DE APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA ILUSTRADA CON EL CASO MEXICANO\*

Carolina Martínez Salgado\*

## Introducción

En el año 2000 se dio en México una particular coincidencia en lo que se refiere a fuentes de información sobre la problemática de salud. Pocas veces en el pasado (si es que alguna) había sido posible echar mano, simultáneamente, de datos arrojados por una fuente continua como los *registros de mortalidad*, la fuente de periodicidad decenal que es el *censo nacional de población y vivienda*, y esa otra fuente enteramente ocasional y de disponibilidad impredecible que es una *encuesta nacional de salud*. El interés por observar y comparar el panorama desde el ángulo que cada una de estas tres ventanas nos ofrece resulta difícil de resistir.

Sin embargo, este ejercicio exploratorio me dará ocasión para plantear otros dos complejos problemas implicados en el quehacer epidemiológico actual: el de la interpretación de esa abundante masa informativa, y el del propósito, alcance y significado con el cual se practican las comparaciones entre las distintas regiones del mundo y, en el caso que aquí nos ocupa, entre los distintos países de América Latina.

En lo que se refiere al primero de estos problemas, si bien es cierto que los recursos tecnológicos disponibles hoy en día permiten el acceso a información demográfica y epidemiológica en montos difíciles de imaginar hasta hace algunas décadas, y que la potencia para analizar esa información se ha incrementado también en forma considerable, es mi impresión que al mismo tiempo se va imponiendo con creciente intensidad ese delicado asunto que es el de las muy diversas posibilidades interpretativas a las que toda esa información puede dar lugar, cada una de ellas con sus muy particulares y trascendentes consecuencias.

En cuanto al segundo punto, aunque no me ocuparé aquí directamente de él, quisiera dejar al menos apuntada la idea que subyace a la propuesta de una presentación como esta. Se trata, en esencia, de lo siguiente: más allá de las similitudes que algunas piezas de información demográfica y epidemiológica muestran entre varios de nuestros países (el crecimiento de las áreas urbanas, el incremento de la pobreza, los perfiles de mortalidad cargados hacia ciertos padecimientos no transmisibles, entre tantos más), quisiera sugerir la conveniencia de esforzarnos por reconocer también la singularidad de cada contexto y de la trayectoria que ha conducido a configurarlo (desde las vicisitudes históricas de cada país hasta los experimentos económicos y políticos que en ellos han tenido lugar, con sus importantes repercusiones sobre las tendencias demográficas y socioeconómicas, las transformaciones por las que han atravesado sus sistemas de salud y, en lo que al tema del que aquí me ocupó, los impactos que todo ello ha tenido, tiene y tendrá sobre los perfiles de daños a la salud de sus poblaciones). A lo que quisiera apuntar es a la posibilidad de un trabajo más histórico -a la

---

\* Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro de 2004.

\* Departamento de Atención a la Salud, UAM-X, México, D.F.

manera de Braudel (1989)<sup>1</sup> - sobre nuestras sociedades como mundos en los cuales transcurre la vida de las poblaciones y en el cual se gesta y configura su problemática de salud. Porque, a mi juicio, una interpretación epidemiológica que prescindiera del entorno en el que se gestan los problemas de salud a los que se refiere corre el riesgo de hacer generalizaciones sin sentido (a la manera de una nota musical que fuera del pentagrama carecerá de cualquier identidad sonora).

Evidentemente, no es mi propósito llegar tan lejos con este breve ejercicio. Mi idea aquí no va más allá de emprender una exploración que pudiera constituir un punto de partida para una reflexión del tipo de la que sugiero. Intentaré examinar algunos de los vínculos que pueden postularse entre los *factores de riesgo* (más adelante hablaré de su integración en la figura de las *constelaciones causales*) emanados del mundo en el que viven las personas cuyas características sociodemográficas revisaré, con los *daños a la salud* que las afectan: las enfermedades y las muertes, con su dinámica relación. Me referiré también muy brevemente al papel que en todo esto juegan *los servicios de atención médica* de una muy mermada red que vio sus mejores épocas varias décadas atrás, para cuestionar su potencialidad de impacto en el cuidado, destino y desenlace (letal o no) de las enfermedades.

### **Para abrir el pensamiento epidemiológico**

Cuando se trata del estudio de los problemas de salud, no podemos menos que reconocer, como lo señala Little (1998:1135), que "la epidemiología sirve a muchos intereses, y en eso residen tanto su poder como sus problemas." Como bien apunta esta autora, la complejidad de los problemas abordados por la discusión médica y sanitaria en nuestros días conlleva la posibilidad de que no siempre el investigador trabaje para intereses que coincidan con las funciones centrales de la medicina y el cuidado de la salud, es decir, la búsqueda del bienestar de los humanos cuyas vidas son tan importantes (al menos en el discurso) para las sociedades occidentales modernas.

En trabajos previos he sostenido la necesidad de atender con más cuidado, en el quehacer epidemiológico y sociodemográfico, al sentido que contienen las interpretaciones que hacemos de los datos con los que trabajamos (Martínez y Leal, 2000, 200a). He cuestionado también la utilización de los modelos a la manera de teorías, en la medida en la que cierran las posibilidades de comprender otras modalidades de gestación y ocurrencia de los fenómenos que no necesariamente son idénticas a las ya conocidas (Martínez y Leal, 2002 y 2003).

Pero trabajar desde perspectivas de una naturaleza más abierta sobre las preguntas que tendríamos que hacernos en torno a la trayectoria y destino de los perfiles de daños a la salud de nuestras poblaciones no significa, en modo alguno, renunciar al conocimiento generado por el pensamiento epidemiológico. Por el contrario, éste ha conducido a planteamientos tan interesantes como el de las *constelaciones causales*,<sup>2</sup> si bien a la luz de los desarrollos epistemológicos más recientes se antojaría ensayar la posibilidad de trabajar con este tipo de conceptos dentro de horizontes más amplios, que nos permitieran ir más allá de la visión necesariamente reduccionista de una modalidad de investigación que tiene en el experimento a su "estándar de oro". ¿Qué ocurriría, por ejemplo, si intentáramos estudiar la configuración de los perfiles de daños dentro del marco del pensamiento complejo (Morin, 1997) y, como

---

<sup>1</sup> Y menos a la manera de los antiguos textos de medicina interna, con sus afirmaciones del tipo de: "los linfomas de todos los tipos histológicos comprenden del 3 al 5 por 100 de la neoplasias gástricas malignas". Pero ¿en qué grupos de la población? ¿en qué país? ¿en qué época? ¿o será un destino universal de la especie humana?

<sup>2</sup> "... La causa de cualquier efecto tiene que consistir en una constelación de componentes que actúan en concierto (Mill, 1862 [citado por Rothman]). Una 'causa suficiente' puede ser definida como el conjunto de condiciones y eventos mínimos que inevitablemente producen la enfermedad; 'mínimo' implica que ninguna de las condiciones o eventos es superfluo. En la etiología de la enfermedad, completar una causa suficiente puede ser considerado como equivalente del inicio de la enfermedad" (Rothman, 1986:11).

antes decía, desde concepciones del tiempo histórico como la desarrollada por Braudel (1989)? Me parece que la capacidad de comprensión de la epidemiología se vería extraordinariamente enriquecida.

Pero en tanto somos capaces de imaginar a cabalidad propuestas de esa naturaleza, me contentaré aquí con proponer una extensión de la noción de *constelaciones causales* en forma tal que pudiera concebírselas como configuraciones derivadas de las circunstancias (materiales, culturales, emocionales) en las que transcurre la vida de los integrantes de los distintos grupos de la población -cada uno de ellos con sus respectivas dotaciones genéticas y sus características demográficas-, como una suerte de vías o caminos que conducen a la ocurrencia de los problema de salud, y que eventualmente podrían llegar a ser interrumpidos por alguna intervención sanitaria. En cuanto a las enfermedades, dependiendo de sus respectivas "historias naturales" (nunca independientes de las condiciones en las que se encuentran los sujetos que las padecen), las consideraré como esos eventos descritos por el conocimiento médico, con sus distintos posibles cursos en ocasiones mortales, y que quizá con algo de suerte podrían llegar a ser interferidos por una intervención curativa oportuna, siempre que se lograra tener el acceso a ella (esquema 1).

Finalmente, hay todavía un sentido más que quisiera introducir en esta ocasión para la noción de "apertura" (epidemiológica): me refiero a la necesidad de buscar caminos para abrir la comprensión de los frutos de la investigación a lo "no expertos". Parafraseando aquel conmovedor llamado que hiciera Bertaux a la sociología,<sup>3</sup> quisiera sugerir que quizá también para el caso de la epidemiología podría pensarse que si quienes nos dedicamos a su cultivo sólo somos capaces de generar conocimientos comprensibles para los expertos, y no podemos comunicar lo que observamos a los demás integrantes de las sociedades que experimentan los problemas a los que aludimos, el peligro de que la disciplina sea puesta al servicio exclusivo de ciertos grupos de interés pasando por encima del interés común del conjunto de la sociedad será muy grande. De ahí que la mirada que aquí voy a ensayar se base en un intento de aproximación fenomenológica con una propuesta interpretativa de muy sencilla enunciación, aunque no por ello menos lógica ni carente de fundamento en las evidencias reunidas por el conocimiento médico y epidemiológico.

## **El procedimiento**

La abundante información sobre los problemas de salud y las circunstancias en las que se gestan tiene (prácticamente en todos los casos) diversos problemas de calidad bien conocidos por los expertos (en especial cuando han estado involucrados en su generación), pero con los cuales no todo el mundo está familiarizado. Esto se aúna a la tendencia a utilizar indicadores cada vez más sofisticados (en el peor de los casos engañosos, y en el mejor, interpretables sólo a partir de un saber muy sofisticado), para dejar fuera de la posibilidad de enterarse de lo que ocurre a la mayor parte de los interesados (aún si se trata de expertos en otras disciplinas o ramas del quehacer humano). Así las cosas, no es raro que casi nadie esté en condiciones de adoptar un punto de vista suficientemente fundado, y menos aún que participe en la discusión sobre lo que ocurre en el ámbito de la problemática de salud, del cual por lo demás nadie puede decirse del todo ajeno.

De manera que quiero apostar aquí a un procedimiento extremadamente simple, cuyo único supuesto será el muy evidente de que no puede esperarse una fidelidad total entre los datos y los hechos a los que se refieren, sino que toda la información con la que trabajamos está sujeta a diversos grados de error (como se nos advierte, por lo demás, en las propias fuentes), lo cual puede atribuirse a una combinación de situaciones que van desde la

---

<sup>3</sup> " Si la sociología no puede relacionarse con la gente, no puede ofrecerle conocimiento social sobre la sociedad, no puede mejorar su conciencia social (...) como conciencia socio-histórica, entonces es un fracaso." (Bertaux, 1981: 43).

complejidad del evento medido, su dinámica y las dificultades prácticas para su medición, hasta los problemas administrativos de las instancias que se ocupan de su registro, las deficiencias de diseño y recolección y, desde luego, el no menos delicado asunto de la influencia que en todo esto pueden tener los intereses en juego.<sup>4</sup>

Mis recursos analíticos serán, pues, muy simples: divisiones cuartilares a partir de las cuales he trazado ocho mapas para figurar la situación de cada una de las 32 entidades federativas que constituyen a los Estados Unidos Mexicanos (mis unidades de análisis): ocho imágenes cuyo propósito es transmitir de la manera más aprehensible que se me ha ocurrido la situación que prevalecía en el año 2000 en las distintas regiones del país, para enfatizar a partir de ello en los enigmas sobre lo que significa el panorama así esbozado (un significado, por cierto, nada obvio, pleno de nuevas preguntas). De las tres ventanas informativas disponibles, al pie de cada mapa he anotado la que elegí para dibujar cada uno de ellos.<sup>5</sup>

### **México 2000: una somera descripción de la problemática de salud en su contexto**

Con las ocho imágenes que acompañan a este texto (que espero describir y comentar durante mi presentación) intento ofrecer un sucinto reflejo de cada uno de los elementos planteados en la propuesta interpretativa sobre las relaciones entre los daños a la salud, las constelaciones de riesgo y el mundo en el que se gestan, y el papel que en ello parecen estar jugando los servicios de atención médica.

Las cinco primeras se refieren a algunos de los rasgos más relevantes de la población y del mundo en el que vive, para reflexionar sobre su significado en términos de constelaciones causales que ocasionan problemas de salud. En mi presentación he de comparar lo que éstas muestran con el mapa de la prevalencia de patología que se reportó al momento del levantamiento de la *Encuesta Nacional de Salud 2000* (SSA, 2003) (mapa 6), y luego con las principales causas de defunción registradas para cada entidad federativa en ese mismo año (2000) (mapa 7). Espero hacer notar algunas de las incógnitas que se abren al analizar la situación que se observa en cada uno de estos tres momentos: los riesgos en medio de los cuales transcurre la existencia de la población, las enfermedades que reportan y las muertes que acaban con su vida. Por último, daré un vistazo a la información sobre el acceso a los servicios de atención médica (mapa 8) para tratar de imaginar cuál pudo haber sido su papel como recurso con el cual hacer frente a los nocivos efectos del "portafolio de riesgos" (Douglas y Wildawsky) al que la población de este país (se de cuenta de ello o no, lo desee o no) se encuentra expuesta.

Al revisar este panorama será imprescindible tener en mente que estamos tratando con procesos que tienen distintas temporalidades y que se rigen por diferentes tipos de dinámica. Hay que considerar que nuestros ocho mapas "congelan" un punto del tiempo en la muy compleja interacción entre los diversos tipos de eventos que estamos considerando. Es decir: no se trata de postular relaciones de causalidad lineales o unívocas, sino de una compleja interacción entre eventos y situaciones que tienen lugar en muy distintos planos y cuyos efectos se dan con distintos "tiempos de latencia". Habrá que mirarlo como si detuviéramos de pronto la trama de una obra de teatro, y tuviéramos que comprender en qué momento de su transcurrir se encuentran las múltiples historias interrelacionadas que ahí están teniendo lugar.

---

<sup>4</sup> En un trabajo más extenso realizo, por cierto, un ejercicio de "triangulación" entre las fuentes (nuevamente, un elemento de inspiración cualitativa que me ha parecido sugerente para ser ensayado, a su modo, dentro del ámbito cuantitativo), que permite plantear algunas hipótesis interpretativas interesantes de las cuales no tendré ya ocasión de dar cuenta aquí.

<sup>5</sup> No podré extenderme aquí en más detalles sobre el fundamento de esa decisión, pero en términos generales diré que tomé aquella que me pareció tener menos probabilidades de distorsión.

Pero en lo que pretendo hacer un especial énfasis es en la necesidad de estudiar la coexistencia, a lo largo y ancho del país, de constelaciones causales que conducen a la ocurrencia de entidades nosológicas del mismo nombre pero a las cuales parece llegarse por distintos caminos (esto es, a través de distintas modalidades de constelaciones causales), y sobre todo, para las cuales caben esperar distintas evoluciones y diferentes destinos, según sea el grupo de población al que pertenece el afectado.

En cuanto a los servicios de salud, mi propuesta interpretativa cuestiona que ahí "se produzca" algo que pudiera ser llamado *salud*. En el mejor de los casos, algunas de las muy elementales medidas preventivas que suelen administrarse (las vacunas, por ejemplo) quizá interfieran con la ocurrencia de algún padecimiento, o eviten que tenga lugar alguna defunción (como la rehidratación oral del niño con diarrea). Por lo que toca a las intervenciones curativas, existe la posibilidad de que en algunos casos lleguen a tener la fortuna de interrumpir el curso hacia la muerte, o que hagan algo más lento el deterioro de la condición de salud de ciertos enfermos (como cuando hay forma de dar tratamiento para la diabetes mellitus o la hipertensión arterial). Pero para que tuvieran el destacado papel que pretende otorgárseles, haría falta que tuvieran una presencia y una eficacia mucho mayores de las que aquí puede observarse.

### **Conclusión**

Mi intención con este breve texto, el esquema y los ocho mapas que lo acompañan ha sido la de tratar de comunicar cómo se observa "desde adentro" lo que ocurre hoy día en México, con el deseo de dar inicio a lo que podría llegar a ser una serie de "relatos en profundidad" entre los colegas de América Latina sobre lo que ocurre en cada uno de nuestros países. Porque tengo la esperanza de que si lográramos hacer tales relatos a partir de estudios detallados de cada caso, estudiando la singularidad de las trayectorias de los perfiles de daños a la salud en cada uno de nuestros países desde miradas libres de modelos preconcebidos que obturan las posibilidades interpretativas, podríamos entender mejor lo que ha pasado, el significado de los perfiles de daños dentro de cada contexto, el camino por el cual se han configurado las circunstancias que originan esa patología y quizá, sobre todo, podríamos incrementar nuestras posibilidades de pensar alternativas que apuntaran a un destino menos trágico para la salud de los grupos mayoritarios de nuestras poblaciones.

### **Referencias bibliográficas**

Bertaux, D, 1981. From the life-history approach to the transformation of sociological practice, en Bertaux, D. (Ed.). *Biography and society. The life history approach in the Social Sciences*. Sage Publications.

Braudel, F, 1989. La historia y las ciencias sociales. Madrid: Alianza Editorial.

INEGI, 2003. *XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI: <http://www.inegi.gob.mx>

Little, M., 1998. Assignments of meaning in epidemiology. *Social Science & Medicine* 9(47):1135-1145.

Martínez C, Leal G, 2000. Demografía y epidemiología. Importancia estratégico-política de los indicadores. *El Cotidiano* 101: 103-112.

Martínez C y Leal G, 2000a. Cuando nos hablan de salud ¿podemos confiar en los expertos? *El Cotidiano* 103: 73-81.

Martínez C, Leal G, 2002. La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos* 17 (3): 547-570.

Martínez C, Leal G, 2003. Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico. *Social Science & Medicine* 3(57):539-550.

Morin E, 1997. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

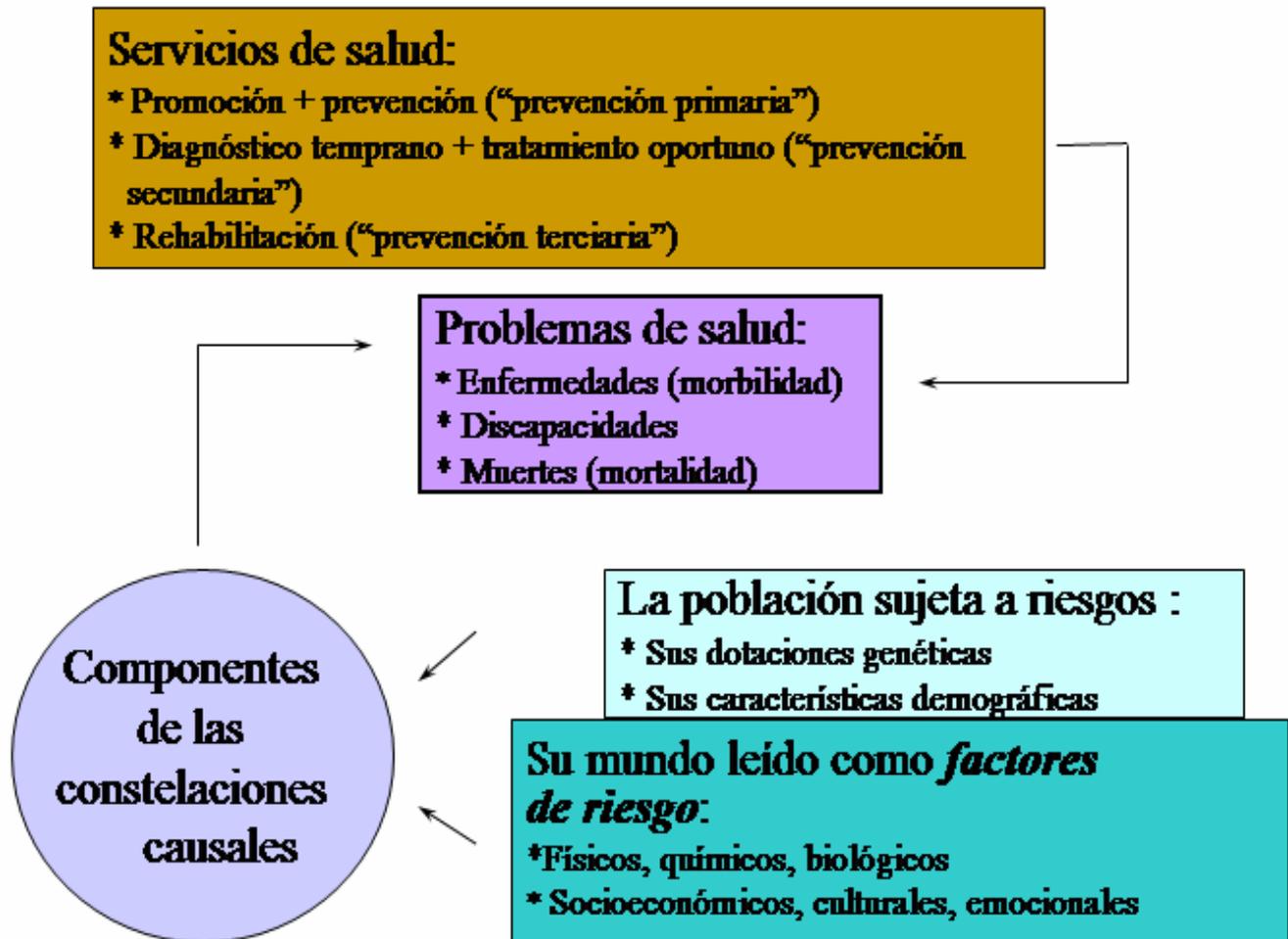
Rothman K, 1986. *Modern Epidemiology*. Boston: Little, Brown and Company.

SSA/INSP, 2003. *Encuesta Nacional de Salud 2000*. México: Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública.

SSA, 2002. *Mortalidad 2000*. México: Secretaría de Salud: <http://www.ssa.gob.mx>

# Esquema 1

## Una representación esquemática del modelo interpretativo



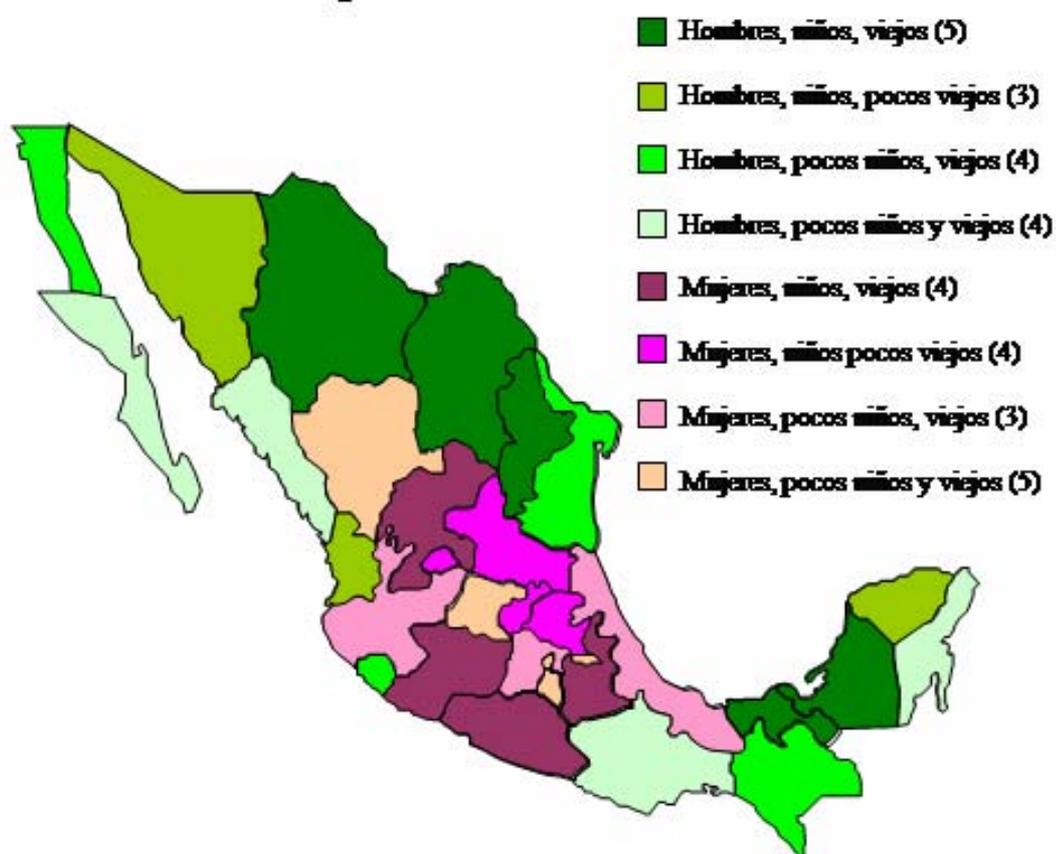
# Mapa 1

## La población: su estructura

### Estados Unidos Mexicanos

### 2000

**Tipos de entidades según grupos de edad y sexo predominantes\***



\*Trazado con base en una combinación de la división cuartilar de: índices de masculinidad, % de menores de 5 años y % de mayores de 64 años

Fuente: XII Censo Nacional de Población y Vivienda, INEGI, México, 2003 ([www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx))

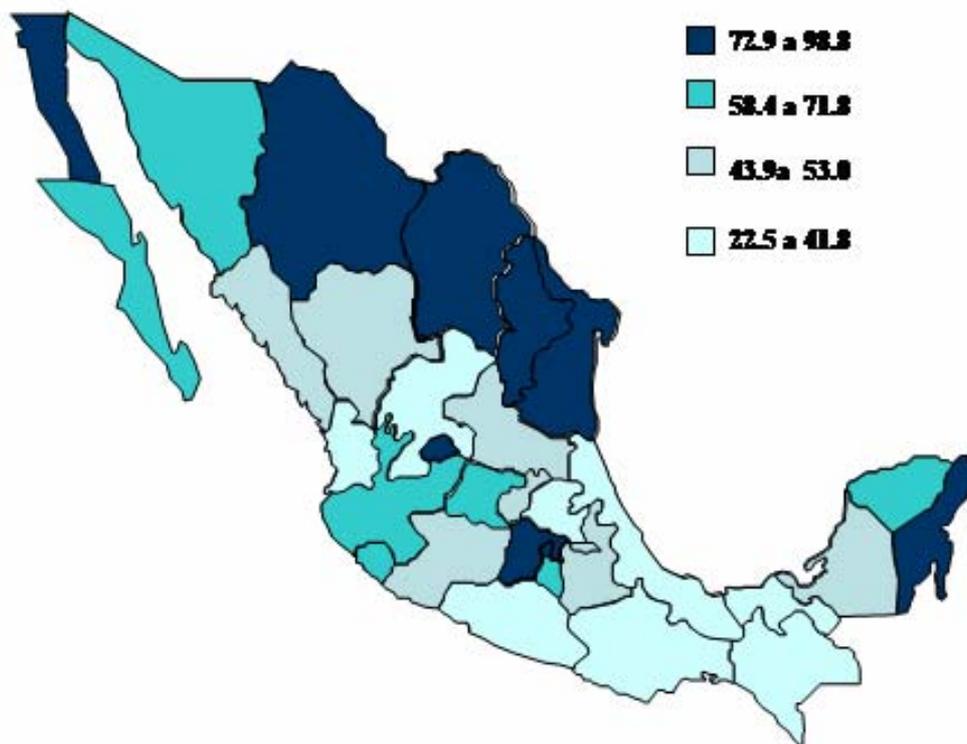
## **Mapa 2**

### **Entorno ambiental I: población urbana y rural**

### **Estados Unidos Mexicanos**

### **2000**

**Porcentaje de población en localidades de 15,000 habitantes o más**

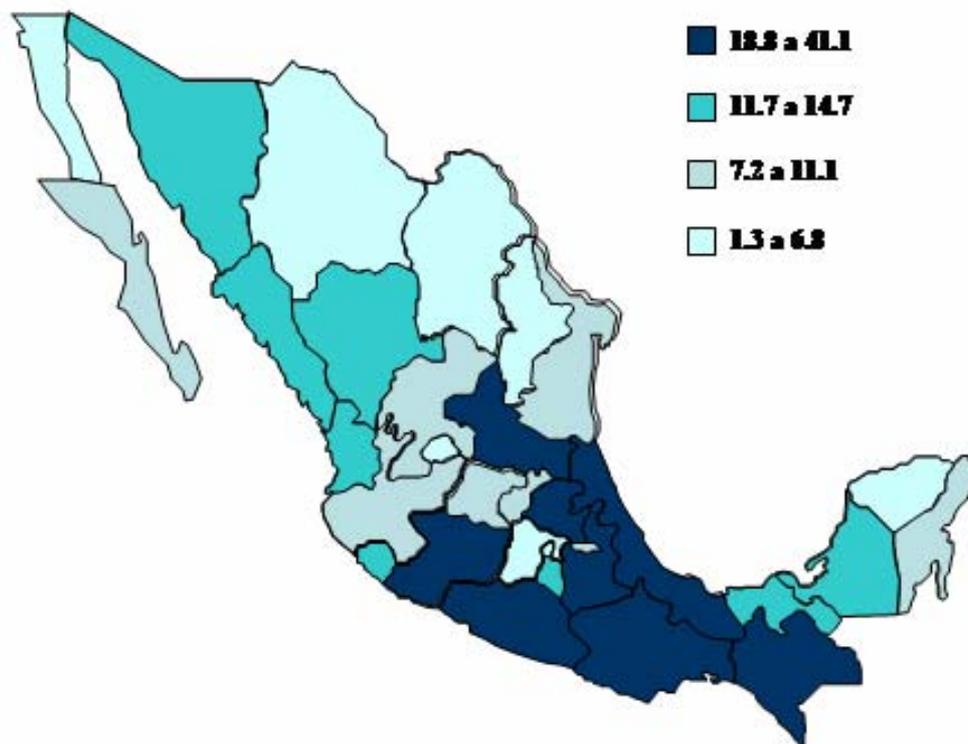


**Fuente: XII Censo Nacional de Población y Vivienda, INEGI, México, 2003 ([www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx))**

### **Mapa 3**

## **Entorno ambiental II: Condiciones de la vivienda Estados Unidos Mexicanos 2000**

**Porcentaje de la población que ocupa  
viviendas con piso de tierra**



**Fuente: XII Censo Nacional de Población y Vivienda, INEGI,  
México, 2003 ([www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx))**

## Mapa 4

### Población ocupada por sector de actividad Estados Unidos Mexicanos 2000

**% de población ocupada según sector de actividad  
(Primer cuartil para cada sector)**



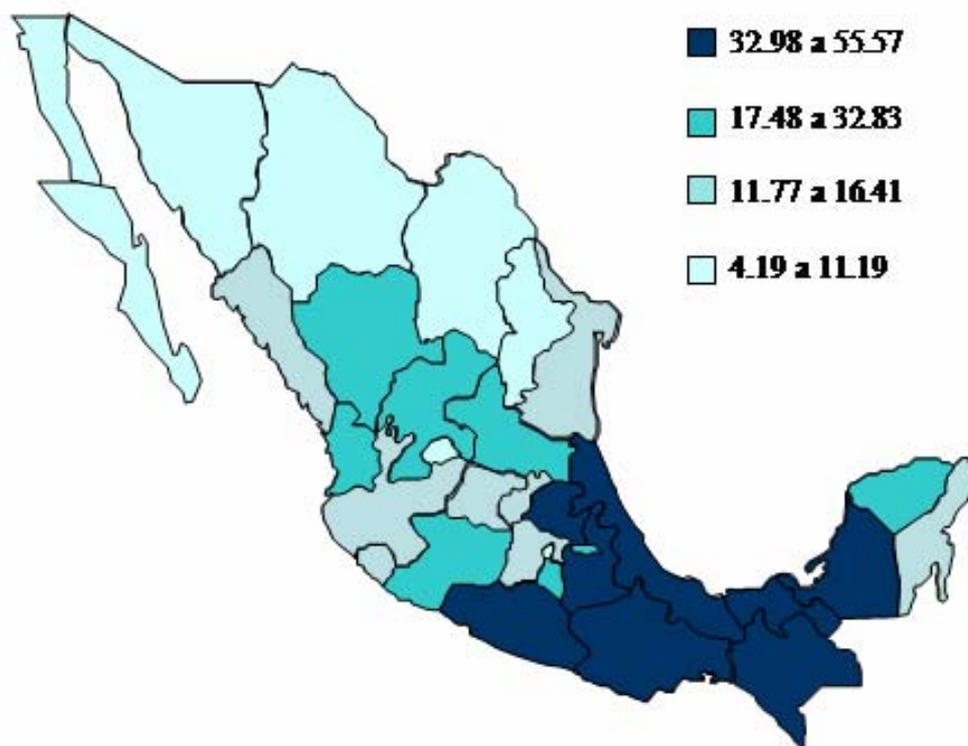
\* Nuevo León pertenece también al primer cuartil según ocupación en sector III

\*\* Con combinaciones que fluctúan entre 9.2 y 25.2 % en sector I, 21.4 y 31.1 en sector II, y 44.1 y 53.6 en sector III.

**Fuente: XII Censo Nacional de Población y Vivienda, INEGI, México, 2003 ([www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx))**

## **Mapa 5 Niveles de ingreso Estados Unidos Mexicanos 2000**

**Porcentaje de la población ocupada  
con ingresos mensuales de un salario mínimo o menos**



**Fuente: XII Censo Nacional de Población y Vivienda, INEGI,  
México, 2003 ([www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx))**

## Mapa 6

### Prevalencia de morbilidad\* Estados Unidos Mexicanos 2000

**Prevalencia de algún problemas de salud x 100 habitantes  
para tres grupos de edad\***



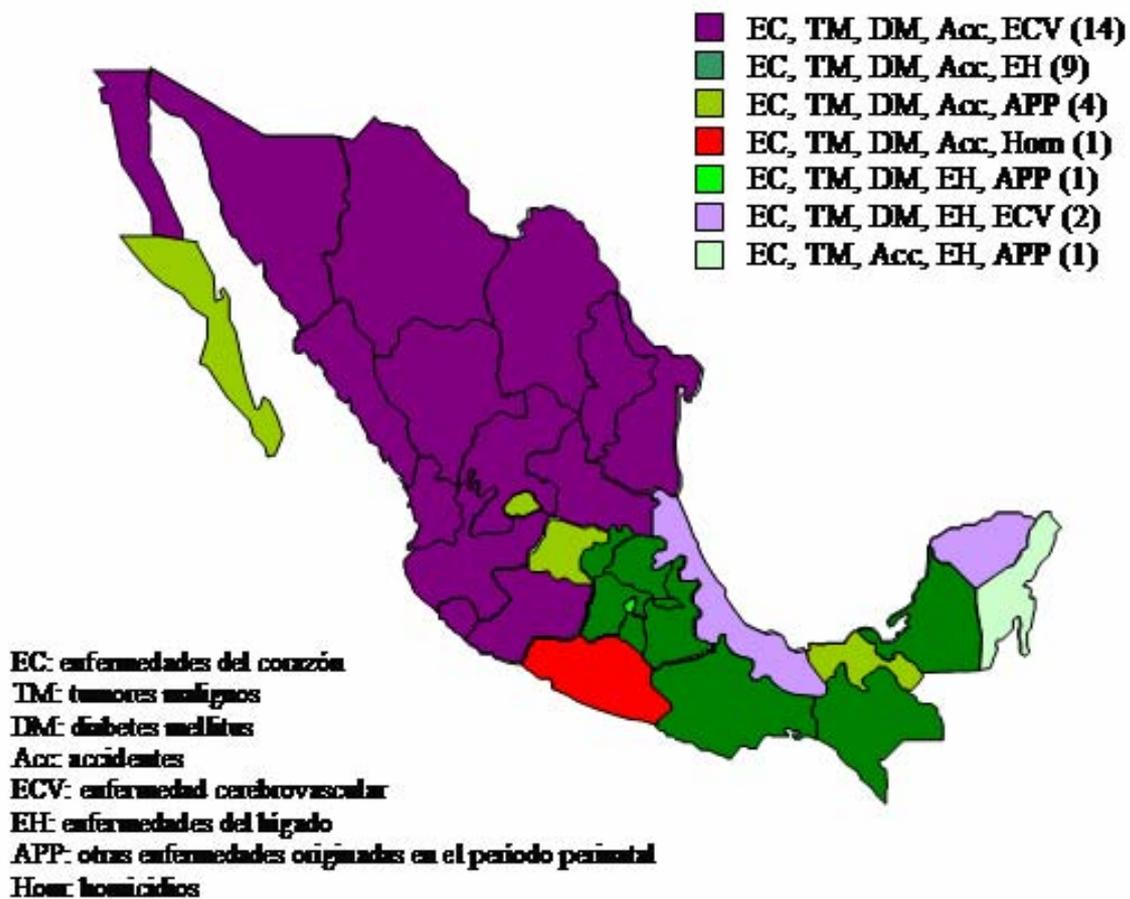
\* Sin distinción del tipo de padecimiento.  
Se consideró el periodo de dos semanas previas al levantamiento. Los tres grupos de edad fueron: de 0 a 9 años, de 10 a 19 y de 20 o más.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2000. Secretaría de Salud e INSP, México, 2003 ([www.insp.mx/ensa2000](http://www.insp.mx/ensa2000))

# Mapa 7

## Patología que ocasiona la mortalidad Estados Unidos Mexicanos 2000

**Tipos de entidades federativas según sus  
cinco primeras causas de defunción**



Fuente: SSA, 2002. Mortalidad 2000: [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)

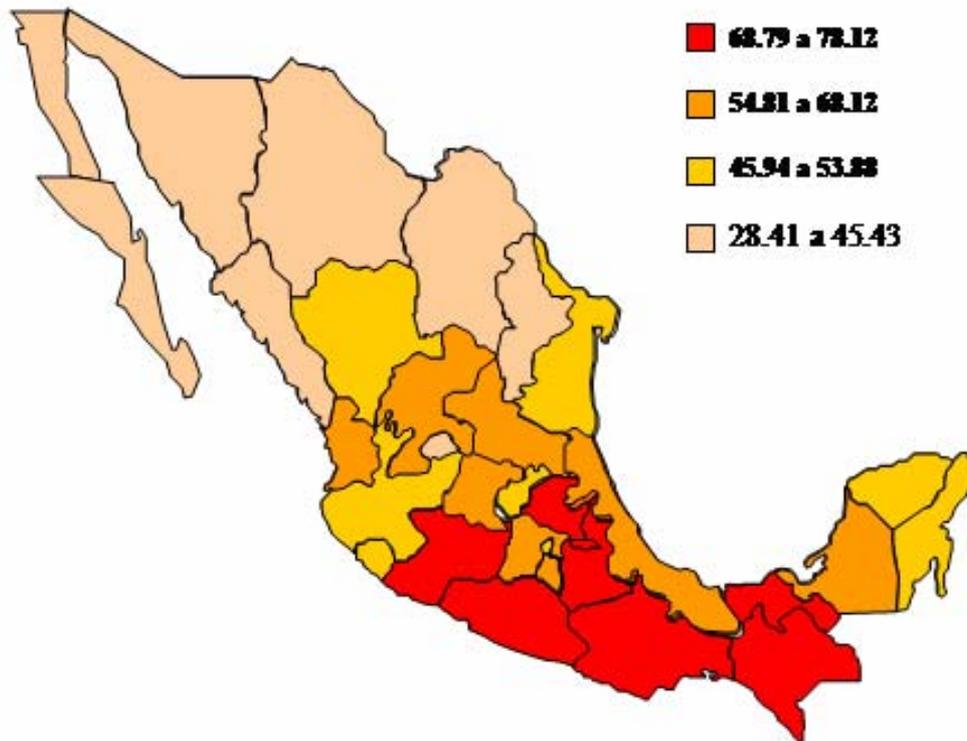
## **Mapa 8**

### **Servicios de atención médica**

### **Estados Unidos Mexicanos**

### **2000**

**% de población sin derecho a habiencia de servicios de salud**



**Fuente: XII Censo Nacional de Población y Vivienda, INEGI, México, 2003 ([www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx))**